

重要事項説明書

記入年月日	2025年10月31日
記入者名	正木 寿子
所属・職名	ホームステーション松戸八柱・施設長

1. 事業主体概要

種類	個人／ <input checked="" type="checkbox"/> 法人	
	※法人の場合、その種類	株式会社
名称	(ふりがな) あるそくらいふけあかぶしきがいしゃ ALSOKらいふケア株式会社	
主たる事務所の所在地	〒140-0002 東京都品川区東品川 2-2-24	
連絡先	電話番号	03-5769-7268
	FAX番号	03-5769-7269
	ホームページアドレス	https://www.life-silver.com/
代表者	氏名	指吸 要
	職名	代表取締役
設立年月日	1995年 11月 9日	
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

2. 有料老人ホーム事業の概要**(住まいの概要)**

名称	(ふりがな) ほーむすてーしょんまつどやはしら ホームステーション松戸八柱	
所在地	〒270-2253 千葉県松戸市日暮7丁目8	
主な利用交通手段	最寄駅	JR 武蔵野線 新八柱駅
	交通手段と所要時間	800m 徒歩10分
連絡先	電話番号	047-710-0546
	FAX番号	047-710-0547

	メール	yahashira@life-silver.com
	ホームページアドレス	https://www.life-silver.com/life-silver/facility/matsudoyabashira/
管理者	氏名	正木 寿子
	職名	管理者
建物の竣工日		2013年 3月 31日
有料老人ホーム事業の開始日		2013年 5月 1日

(類型) 【表示事項】

- | |
|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1 介護付（一般型特定施設入居者生活介護を提供する場合） |
| 2 介護付（外部サービス利用型特定施設入居者生活介護を提供する場合） |
| 3 住宅型 |
| 4 健康型 |

該当する場合	介護保険事業者番号	1271206110
	指定した自治体名	千葉県（市）
	事業所の指定日	2013年 5月 1日
	指定の更新日（直近）	2025年 5月 1日

3. 建物概要

土地	敷地面積	3,643.29 m ²	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する土地	
		2 事業者が賃借する土地（普通賃借・定期賃借）	
		抵当権の有無	1 あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
		契約期間	<input checked="" type="checkbox"/> あり (2013年4月5日～2033年4月4日) 2 なし
	建物	契約の自動更新	<input checked="" type="checkbox"/> あり 2 なし
建物	延床面積	全体	3,682.15 m ²
		うち、老人ホーム部分	3,682.15 m ²
	耐火構造	1 耐火建築物	
		2 準耐火建築物	
	構造	3 その他（ ）	
	所有関係	1 事業者が自ら所有する建物	

		2 事業者が賃借する建物 (普通賃借 ・ 定期賃借)					
		抵当権の設定	1 あり 2 なし				
		契約期間	1 あり (2013 年 4 月 5 日～2033 年 4 月 4 日) 2 なし				
		契約の自動更新	1 あり 2 なし				
居室の状況	居室区分 【表示事項】	1 全室個室					
		2 相部屋あり					
		最少		人部屋			
		最大		人部屋			
			トイレ	浴室	面積	戸数・室数	区分*
		タイプ 1	有／無	有／無	19.92 m ²	87	一般居室個室
		タイプ 2	有／無	有／無	m ²		
		タイプ 3	有／無	有／無	m ²		
		タイプ 4	有／無	有／無	m ²		
		タイプ 5	有／無	有／無	m ²		
タイプ 6	有／無	有／無	m ²				
タイプ 7	有／無	有／無	m ²				
タイプ 8	有／無	有／無	m ²				
タイプ 9	有／無	有／無	m ²				
タイプ 10	有／無	有／無	m ²				
※「一般居室個室」「一般居室相部屋」「介護居室個室」「介護居室相部屋」「一時介護室」の別を記入。							
共用施設	共用便所における便房	4 ケ所	うち男女別の対応が可能な便房		4 ケ所		
			うち車椅子等の対応が可能な便房		4 ケ所		
	共用浴室	4 ケ所	個室		3 ケ所		
			大浴場		1 ケ所		
	共用浴室における介護浴槽	1 ケ所	チェア一浴		0 ケ所		
			リフト浴		0 ケ所		
			ストレッチャー浴		1 ケ所		
			その他 ()		0 ケ所		
	食堂	1 あり 2 なし					
入居者や家族が利用できる調理設備	1 あり 2 なし						
エレベーター	1 あり (車椅子対応) 2 あり (ストレッチャー対応) 3 あり (上記 1 ・ 2 に該当しない) 4 なし						

消防用設備等	消火器	<input type="checkbox"/> あり	2 なし	
	自動火災報知設備	<input type="checkbox"/> あり	2 なし	
	火災通報設備	<input type="checkbox"/> あり	2 なし	
	スプリンクラー	<input type="checkbox"/> あり	2 なし	
	防火管理者	<input type="checkbox"/> あり	2 なし	
	防災計画	<input type="checkbox"/> あり	2 なし	
緊急通報装置等	居室	便所 <input type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし	浴室 <input type="checkbox"/> あり 2 一部あり 3 なし	その他 () 1 あり 2 一部あり 3 なし
その他	居室には、見守り支援システムを導入しています。			

4. サービスの内容

(全体の方針)

運営に関する方針	地域に開かれた施設として、地域住民やボランティアの積極受け入れを実施する。身体拘束ゼロを目指し、身体拘束廃止委員による取り組みを継続的に実施する。「真の」プロフェッショナルな介護職員を育成し、各自がプライドを持った介護サービスを提供する。入居者一人一人の心身状態に合わせた介護サービス計画の作成及び実施を徹底し、ADLの向上を図る。入居者様が自然体で快適に暮らして頂けるよう新生活サービスを充実させ実施する。
サービスの提供内容に関する特色	基本理念 ①高齢介護弱者の救済 ②地域高齢者が高齢者を支える社会づくり ③生きる力を引きだす介護と生きる力の介護
入浴、排せつ又は食事の介護	<input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
食事の提供	1 自ら実施 <input type="checkbox"/> 委託 3 なし
洗濯、掃除等の家事の供与	<input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
健康管理の供与	<input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
安否確認又は状況把握サービス	<input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし
生活相談サービス	<input type="checkbox"/> 自ら実施 2 委託 3 なし

(介護サービスの内容) 特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

特定施設入居者生活介護の加算	入居継続支援加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
----------------	----------	--------------------------------------

の対象となるサービスの体制の有無 ※ 1 「協力医療機関連携加算(i)」は、「相談・診療を行う体制を常時確保し、緊急時に入院を受け入れる体制を確保している場合」に該当する場合を指し、「協力医療機関連携加算(ii)」は、「協力医療機関連携加算(i)」以外に該当する場合を指す。 ※ 2 「地域密着型特定施設入居者生活介護」の指定を受けている場合。	生活機能向上連携加算	(ii) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(i) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
	ADL 維持等加算	(ii) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(i) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
	個別機能訓練加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
	夜間看護体制加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii) <input type="checkbox"/> あり 2 なし
	若年性認知症入居者受入加算	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	協力医療機関連携加算(※ 1)	(i) <input type="checkbox"/> あり 2 なし
		(ii) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
	口腔衛生管理体制加算(※ 2)	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	口腔・栄養スクリーニング加算	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	退院・退所時連携加算	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	退去時情報提供加算	<input type="checkbox"/> あり 2 なし
	看取り介護加算	(i) <input type="checkbox"/> あり 2 なし
		(ii) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
	認知症専門ケア加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
	高齢者施設等感染対策向上加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
	新興感染症等施設療養費	1 あり <input type="checkbox"/> なし
	生産性向上推進体制加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii) <input type="checkbox"/> あり 2 なし
	サービス提供体制強化加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(iii) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
	介護職員等処遇改善加算	(i) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(ii) <input type="checkbox"/> あり 2 なし
		(iii) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(iv) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(v) (1) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(v) (2) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(v) (3) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(v) (4) 1 あり <input type="checkbox"/> なし

		(v)(5) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(v)(6) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(v)(7) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(v)(8) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(v)(9) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(v)(10) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(v)(11) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(v)(12) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(v)(13) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
		(v)(14) 1 あり <input type="checkbox"/> なし
人員配置が手厚い介護サービスの実施の有無	<input type="checkbox"/> あり	(介護・看護職員の配置率) 3 : 1
	<input type="checkbox"/> なし	

(医療連携の内容)

医療支援 ※複数選択可		<input type="checkbox"/> 1 救急車の手配 <input type="checkbox"/> 2 入退院の付き添い <input type="checkbox"/> 3 通院介助 4 その他 ()
協力医療機関	1	名称 医療法人社団碧水会 八潮駅前在宅クリニック 住所 埼玉県八潮市大瀬 6-9-7 診療科目 内科 協力科目 往診、健康診断、緊急対応
		協力内容 入所者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	2	名称 住所 診療科目 協力科目
		協力内容 入所者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

		診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし
3	名称		
	住所		
	診療科目		
	協力科目		
協力内容	入所者の症状の急変時等において相談対応を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし	
	診療の求めがあった場合において診療を行う体制を常時確保	1 あり 2 なし	
新興感染症発生時に連携する医療機関	1 あり		
	医療機関の名称		
	医療機関の住所		
協力歯科医療機関	2 なし		
	名称	医療法人社団郁栄会我孫子中央歯科室	
	住所	千葉県我孫子市我孫子 1-11-1	
	協力内容	歯科往診、口腔ケア	

(入居後に居室を住み替える場合) **※住み替えを行っていない場合は省略可能**

入居後に居室を住み替える場合 ※複数選択可	1 一時介護室へ移る場合 2 介護居室へ移る場合 3 その他（介護居室個室から他の介護居室個室への移動）
判断基準の内容	入居者の身体状況により居室を変更する場合があります。
手続きの内容	①緊急やむを得ない場合を除き、一定の観察期間を設けます。 ②事業所の指定する医師の意見を聴きます。 ③入居者の意見を確認し、同意を得ます。 ④入居者の身元引受人等の意見を聴き、同意を得ます。 ⑤変更先の場所の概要、介護の内容、費用負担等について入居者及び身元引受人等に説明を行います。 ⑥居室変更に伴う費用は、前居室の利用者の故意・過失による破損等があった場合のみ、修繕・クリーニング料金を実費にて負担していただきます。 その他、追加料金は発生しません。
追加的費用の有無	1 あり 2 なし

居室利用権の取扱い		居室利用権は、当初の居室から住み替え後の居室に変更となります。		
前払金償却の調整の有無		1 あり 2 なし		
従前の居室との仕様の変更	面積の増減	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/>	2 なし
	便所の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/>	2 なし
	浴室の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/>	2 なし
	洗面所の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/>	2 なし
	台所の変更	1 あり	<input checked="" type="checkbox"/>	2 なし
	その他の変更	1 あり	(変更内容)	
		<input checked="" type="checkbox"/>	2 なし	

(入居に関する要件)

入居対象となる者 【表示事項】	自立している者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	要支援の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	要介護の者	<input checked="" type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
留意事項	入居時、概ね 60 歳以上	
契約の解除の内容	<p>〈建物賃貸借契約における契約の解除〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・建物賃貸借契約書第9条（契約の解除）に定める解除事由に該当したとき ・建物賃貸借契約書第10条（乙からの解約）により解約の申し入れがあった場合 <p>〈サービス利用契約における契約の解除〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護予防特定施設入居者生活介護利用契約書第14条に定める解除事由に該当したとき ・介護予防特定施設入居者生活介護利用契約書第15条により入居者が契約の解約を申し入れた場合 ・特定施設入居者生活介護利用契約書第14条に定める解除事由に該当したとき ・特定施設入居者生活介護利用契約書第15条により入居者が契約の解約を申し入れた場合 ・生活支援サービス契約書第9条により入居者が契約の解約を申し入れた場合 <p>(返還金について)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・既に払い込まれている月額利用料は、日割の利用料を差し引き返還します。 	

事業主体から解約を求める場合	解約条項	建物賃貸借契約書第 10 条（乙からの解約）により契約の解除を申し入れた場合
	解約予告期間	3 ヶ月
入居者からの解約予告期間	7 日	
体験入居の内容	1 あり（内容：11,000 円 介護費用、食費、税込 (介護保険適用外) ※最大 6 泊 7 日まで可能) 2 なし	
入居定員		87 人
その他		

5. 職員体制

※有料老人ホームの職員について記載すること（同一法人が運営する他の事業所の職員については記載する必要はありません）。

（職種別の職員数）

	職員数（実人數）			常勤換算人數 ※1※2
	合計	常勤	非常勤	
管理者	1	1		1
生活相談員	1		2	1.4
直接処遇職員				
介護職員	40	5	35	28.2
看護職員	5	3	2	4.2
機能訓練指導員	1		1	0.1
計画作成担当者	2	1	1	1.6
栄養士				
調理員				
事務員				
その他職員				
1 週間のうち、常勤の従業者が勤務すべき時間数※2				

※1 常勤換算人數とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、当該事業所の従業者の人數を常勤の従業者の人數に換算した人數をいう。

※2 特定施設入居者生活介護等を提供しない場合は、記入不要。

(資格を有している介護職員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
社会福祉士			
介護福祉士	20	3	17
実務者研修の修了者			
初任者研修の修了者	5	2	3
介護支援専門員	2	1	1

(資格を有している機能訓練指導員の人数)

	合計		
		常勤	非常勤
看護師又は准看護師			
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			
柔道整復士			
あん摩マッサージ指圧師	1		1
はり師			
きゅう師			

(夜勤を行う看護・介護職員の人数)

夜勤帯の設定時間 (時 分 ~ 時 分)			
	平均人数	最少時人数 (休憩者等を除く)	
看護職員	人		人
介護職員	3 人		3 人

(特定施設入居者生活介護等の提供体制)

特定施設入居者生活介護の利用者に対する看護・介護職員の割合 (一般型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	契約上の職員配置比率※ 【表示事項】	a 1.5 : 1 以上 b 2 : 1 以上 c 2.5 : 1 以上 d 3 : 1 以上
	実際の配置比率 (記入日時点での利用者数 : 常勤換算職員数)	
		3 : 1

※広告、パンフレット等における記載内容に合致するものを選択

外部サービス利用型特定施設である有料	ホームの職員数	人
--------------------	---------	---

老人ホームの介護サービス提供体制(外部サービス利用型特定施設以外の場合、本欄は省略可能)	訪問介護事業所の名称	
	訪問看護事業所の名称	
	通所介護事業所の名称	

(職員の状況)

管理者	他の職務との兼務				<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	業務に係る資格等			1 あり					
				資格等の名称					
				<input type="checkbox"/> なし					
		看護職員	介護職員	生活相談員	機能訓練指導員	計画作成担当者			
		常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
前年度1年間の採用者数			2	11					
前年度1年間の退職者数			2	10					
応じた職員の人数に従事した経験年数	1年未満			2					
	1年以上3年未満			4		2			
	3年以上5年未満		1	10					1
	5年以上10年未満		2	11					
	10年以上	3	2	2	8			1	1
	従業者の健康診断の実施状況				<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			

6. 利用料金

(利用料金の支払い方法)

居住の権利形態 【表示事項】	1 利用権方式			
	<input type="checkbox"/> 建物賃貸借方式			
	3 終身建物賃貸借方式			
利用料金の支払い方式 【表示事項】	1 全額前払い方式			
	2 一部前払い・一部月払い方式			
	<input type="checkbox"/> 3 月払い方式			
	4 選択方式	1 全額前払い方式		
	※該当する方式を全て選択		2 一部前払い・一部月払い方式	
			3 月払い方式	

年齢に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>
要介護状態に応じた金額設定	1 あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/>
入院等による不在時における利用料金（月払い）の取扱い	<input type="checkbox"/> 1 減額なし <input type="checkbox"/> 2 日割り計算で減額 <input type="checkbox"/> 3 不在期間が　　日以上の場合に限り、日割り計算で減額
利用料金の改定	条件
	賃料の改定は、建物賃貸借契約書第4条によります。他利用料の改定についても当該利用契約書に規定した通りであり、運営懇談会の意見を聴いた上で改定致します。介護保険給付費については、介護保険の介護給付基準が変更される場合、それに応じて変動します。
手続き	運営懇談会の意見を聴いた上で改定致します。

(利用料金のプラン【代表的なプランを2例】)

		プラン1	プラン2
入居者の状況	要介護度	要介護3	自立
	年齢	85歳	61歳
居室の状況	床面積	19.92 m ²	19.92 m ²
	便所	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	<input type="checkbox"/> 1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	浴室	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
	台所	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無	1 有 <input type="checkbox"/> 2 無
入居時点での必要な費用	前払金	円	円
	敷金	円	円
月額費用の合計		178,400円	211,400円
家賃		80,800円	80,800円
サービス費用 介護保険外※ ₂	特定施設入居者生活介護 ^{※1} の費用	円	円
	食費	69,000円	69,000円
	管理費	28,600円	28,600円
	介護費用	円	33,000円
	光熱水費	円	円
その他		都度支払サービス有	都度支払サービス有

※1 介護予防・地域密着型の場合を含む。

※2 有料老人ホーム事業として受領する費用（訪問介護などの介護保険サービスに関わる介護費用は、同一法人によって提供される介護サービスであっても、本欄には記入していない）

※3 自立の方のみ、基本サービス費 33,000円（生活相談・状況把握・緊急時対応・フロントサービス）、選択サービス費

(利用料金の算定根拠)

費目	算定根拠
----	------

家賃	地代家賃より算出
敷金	なし
介護費用	※介護保険サービスの自己負担額は含まない。
管理費	浴室等の共同利用部分及び廊下等の共用部分の維持管理に係る経費等
食費	業務委託費、食材費、厨房部分の水光熱費、厨房機器リース料
光熱水費	共益費・家賃に含む
利用者の個別的な選択によるサービス利用料	別添2
その他のサービス利用料	

(特定施設入居者生活介護に関する利用料金の算定根拠) ※特定施設入居者生活介護等の提供を行っていない場合は省略可能

費目	算定根拠
特定施設入居者生活介護※に対する自己負担	<p>○別紙「介護サービスの一覧表」に記載 おむつ代、介護用品費、特別食（通常食との差額）、行事費（材料費等）嗜好品購入費、理・美容費、医師の往診、医療費。通院・入退院介助（提携医以外）660円/10分（税込）。定期以外の個人的な希望による施設外への買い物代行、外出介助 660円/10分（税込）</p> <p>○別紙「料金表」に記載 退去時の居室清掃料 49,500円（税込）（原則、滞在期間1ヶ月以上入居の場合） 室内清掃、滅菌消毒、壁拭き上げ、換気扇のクリーニング、窓ガラス洗浄、エアコンの内部洗浄（室外機含む）、空間消臭除菌作業（ペボパ等）一式。 なお、クロスの補修・張替えについては別途実費をご請求させていただきます。</p>
特定施設入居者生活介護※における人員配置が手厚い場合の介護サービス（上乗せサービス）	
※ 介護予防・地域密着型の場合を含む。	

(前払金の受領) ※前払金を受領していない場合は省略可能

算定根拠	
想定居住期間（償却年月数）	ヶ月

償却の開始日	入居日
想定居住期間を超えて契約が継続する場合に備えて受領する額（初期償却額）	円
初期償却率	%
返還金の算定方法	入居後3ヶ月以内の契約終了
	入居後3ヶ月を超えた契約終了
前払金の保全先	1 連帯保証を行う銀行等の名称
	2 信託契約を行う信託会社等の名称
	3 保証保険を行う保険会社の名称
	4 全国有料老人ホーム協会
	5 その他（名称：）

7. 入居者の状況【冒頭に記した記入日現在】

（入居者の人数）

性別	男性	27人
	女性	59人
年齢別	65歳未満	0人
	65歳以上 75歳未満	6人
	75歳以上 85歳未満	16人
	85歳以上	64人
要介護度別	自立	0人
	要支援1	5人
	要支援2	5人
	要介護1	18人
	要介護2	20人
	要介護3	15人
	要介護4	15人
	要介護5	8人
入居期間別	6ヶ月未満	2人
	6ヶ月以上 1年未満	5人
	1年以上 5年未満	79人
	5年以上 10年未満	0人
	10年以上 15年未満	0人
	15年以上	0人

(入居者の属性)

平均年齢	87.2 歳
入居者数の合計	86 人
入居率※	99%
※ 入居者数の合計を入居定員数で除して得られた割合。一時的に不在となっている者も入居者に含む。	

(前年度における退去者の状況)

退去先別の人 数	自宅等	人
	社会福祉施設	人
	医療機関	3 人
	死亡者	2 人
	その他	人
生前解約の状 況	施設側の申し出	人
		(解約事由の例)
	入居者側の申し出	人
		(解約事由の例)

8. 苦情・事故等に関する体制

(利用者からの苦情に対応する窓口等の状況) ※複数の窓口がある場合は欄を増やして記入すること。

窓口の名称	ホームステーション松戸八柱 苦情・相談窓口 (施設長)	
電話番号	047-710-0546	
対応している時 間	平日	9 時 00 分～17 時 00 分
	土曜	9 時 00 分～17 時 00 分
	日曜・祝日	9 時 00 分～17 時 00 分
定休日	なし	

窓口の名称	千葉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情相談窓口	
電話番号	043-254-7428	
対応している時 間	平日	9 時 00 分～17 時 00 分
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日	土日、祝日、年末年始	

窓口の名称	ALSOK らいふケア株式会社 事業管理室	
電話番号	03-5769-7268	
対応している時間	平日	8時30分～17時30分
	土曜	なし
	日曜・祝日	なし
定休日	土日、祝日、年末年始	

(サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応)

損害賠償責任保険の加入状況	<input type="checkbox"/> あり	(その内容) 三井住友海上火災保険株式会社 (介護保険社会福祉事業者総合保険)
	<input type="checkbox"/> なし	
介護サービスの提供により賠償すべき事故が発生したときの対応	<input type="checkbox"/> あり	(その内容) ヒヤリ・ハット事故報告書にて迅速に情報収集を行う。問題点の分析・評価を行い、即時対応に努める。事故後は、事例を全職員に周知し、情報を共有し再発防止に努める。
	<input type="checkbox"/> なし	
事故対応及びその予防のための指針	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

(利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等)

利用者アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する取組の状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	随時
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし		
第三者による評価の実施状況	<input type="checkbox"/> あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> なし		

9. 入居希望者への事前情報開示

入居契約書の雛形	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない
管理規程	<input type="checkbox"/> 入居希望者に公開 <input type="checkbox"/> 入居希望者に交付 <input type="checkbox"/> 公開していない

事業収支計画書	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の要旨	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない
財務諸表の原本	<input type="checkbox"/> 1 入居希望者に公開 2 入居希望者に交付 3 公開していない

10. その他

運営懇談会	<input type="checkbox"/> 1 あり (開催頻度) 年 2回
	2 なし 1 代替措置あり (内容) 2 代替措置なし
高齢者虐待防止のための取組の状況	高齢者虐待防止対策検討委員会の定期的な開催 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	指針の整備 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な研修の実施 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	担当者の配置 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
身体的拘束等廃止のための取組状況	身体的拘束等適正化検討委員会の開催 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	指針の整備 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な研修の実施 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	緊急やむを得ない場合に行う身体的拘束その他の入居者の行動を制限する行為（身体的拘束等）を行うこと。
	身体的拘束等を行う場合の態様及び時間、入居者の状況並びに緊急やむを得ない場合の理由の記録 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
業務継続計画の策定状況等	感染症に関する業務継続計画 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	災害に関する業務継続計画 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	従事者に対する周知の実施 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な研修の実施 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし
	定期的な訓練の実施 <input type="checkbox"/> 1 あり <input type="checkbox"/> 2 なし

	定期的な業務継続計画の見直し	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
提携ホームへの移行 【表示事項】	<input type="checkbox"/> あり (提携ホーム名: ご入居者の希望による場合の転居。また、建物の老朽化その他やむを得ない事情により事業者が当施設を閉鎖、又は縮小せざるを得ないときの転居) 2 なし	
有料老人ホーム設置時の老人福祉法第 29 条第 1 項に規定する届出	1 あり (年 月 日届出) 2 なし <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅の登録を行っているため、高齢者の居住の安定確保に関する法律第 23 条の規定により、届出が不要	
高齢者の居住の安定確保に関する法律第 5 条第 1 項に規定するサービス付き高齢者向け住宅の登録	<input type="checkbox"/> あり (2012 年 8 月 3 日登録) 2 なし	
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針「規模及び構造設備」に合致しない事項	1 あり <input type="checkbox"/> なし (2021 年 9 月 1 日施行の設置運営指導指針を適用)	
合致しない事項がある場合の内容		
「既存建築物等の活用の場合等の特例」への適合性	1 適合している (代替措置) 2 適合している (将来の改善計画) 3 適合していない	
千葉県有料老人ホーム設置運営指導指針の不適合事項		
不適合事項がある場合の内容		

添付書類：別添 1 (別に実施する介護サービス一覧表)

別添 2 (個別選択による介護サービス一覧表)

※_____様

説明年月日 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

別添1 事業主体が当該都道府県、指定都市、中核市内で実施する他の介護サービス

介護サービスの種類	併設・隣接の 状況	事業所の名称	所在地
<居宅サービス>			
訪問介護	あり	なし	併設・隣接
訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接
訪問看護	あり	なし	併設・隣接
訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接
居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接
通所介護	あり	なし	併設・隣接
通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接
短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接
短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接
特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接 稻毛海岸 幕張本郷 柏
福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接
特定福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接
<地域密着型サービス>			
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	あり	なし	併設・隣接
夜間対応型訪問介護	あり	なし	併設・隣接
地域密着型通所介護	あり	なし	併設・隣接
認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接
小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接
認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接
地域密着型特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	あり	なし	併設・隣接
看護小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接
居宅介護支援	あり	なし	併設・隣接
<居宅介護予防サービス>			
介護予防訪問入浴介護	あり	なし	併設・隣接
介護予防訪問看護	あり	なし	併設・隣接
介護予防訪問リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接
介護予防居宅療養管理指導	あり	なし	併設・隣接
介護予防通所リハビリテーション	あり	なし	併設・隣接
介護予防短期入所生活介護	あり	なし	併設・隣接
介護予防短期入所療養介護	あり	なし	併設・隣接
介護予防特定施設入居者生活介護	あり	なし	併設・隣接 稻毛海岸 柏
介護予防福祉用具貸与	あり	なし	併設・隣接
特定介護予防福祉用具販売	あり	なし	併設・隣接
<地域密着型介護予防サービス>			
介護予防認知症対応型通所介護	あり	なし	併設・隣接
介護予防小規模多機能型居宅介護	あり	なし	併設・隣接
介護予防認知症対応型共同生活介護	あり	なし	併設・隣接
介護予防支援	あり	なし	併設・隣接
<介護保険施設>			
介護老人福祉施設	あり	なし	併設・隣接
介護老人保健施設	あり	なし	併設・隣接
介護療養型医療施設	あり	なし	併設・隣接
介護医療院	あり	なし	併設・隣接
<介護予防・日常生活支援総合事業>			
訪問型サービス	あり	なし	併設・隣接
通所型サービス	あり	なし	併設・隣接
その他の生活支援サービス	あり	なし	併設・隣接

別添2

有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅が提供するサービスの一覧表

特定施設入居者生活介護（地域密着型・介護予防を含む）の指定の有無							なし	あり
	特定施設入居者生活介護費で、実施するサービス（利用者一部負担※1）	個別の利用料で、実施するサービス（利用者が全額負担）			包含※2	都度※2	料金※3	備考
介護サービス								
食事介助	なし	あり	なし	あり				
排泄介助・おむつ交換	なし	あり	なし	あり				
おむつ代			なし	あり		○	実費	
入浴（一般浴）介助・清拭	なし	あり	なし	あり		○		週1回までは介護保険サービスに含む 週2回目以降は2,200円/回（但し、介護上必要とみなした場合は介護保険サービスに含む）
特浴介助	なし	あり	なし	あり		○		
身辺介助（移動・着替え等）	なし	あり	なし	あり				
機能訓練	なし	あり	なし	あり				
通院介助	なし	あり	なし	あり		○		提携医療機関は介護保険サービスに含む 提携医療機関以外の場合 660円/10分
生活サービス								
居室清掃	なし	あり	なし	あり		○		週1回までは介護保険サービスに含む 個別要請の場合 660円/10分
リネン交換	なし	あり	なし	あり				
日常の洗濯	なし	あり	なし	あり		○		週2回までは介護保険サービスに含む 個別要請の場合 660円/10分
居室配膳・下膳	なし	あり	なし	あり				
入居者の嗜好に応じた特別な食事			なし	あり		○		食事サービス 6,900円/月に2,200円/食を追加
おやつ			なし	あり		○		食事サービス 6,900円/月に含む
理美容師による理美容サービス			なし	あり		○		実費自己負担
買い物代行	なし	あり	なし	あり		○		個別要請の場合 660円/10分
役所手続き代行	なし	あり	なし	あり				
金銭・貯金管理			なし	あり				
健康管理サービス								
定期健康診断			なし	あり		○		年2回 実費自己負担
健康相談	なし	あり	なし	あり				
生活指導・栄養指導	なし	あり	なし	あり				
服薬支援	なし	あり	なし	あり				
生活リズムの記録（排便・睡眠等）	なし	あり	なし	あり				
入退院時・入院中のサービス								
移送サービス	なし	あり	なし	あり		○		提携医療機関は介護保険サービスに含む 提携医療機関以外の場合 660円/10分

入退院時の同行	なし	あり	なし	あり		○		提携医療機関は介護保険サービスに含む 提携医療機関以外の場合 660 円/10 分
入院中の洗濯物交換・買い物	なし	あり	なし	あり				
入院中の見舞い訪問	なし	あり	なし	あり				

※ 1 : 利用者の所得等に応じて負担割合が変わる (1割~3割の利用者負担)。

※ 2 : 「あり」を記入したときは、各種サービスの費用が、月額のサービス費用に包含される場合と、サービス利用の都度払いによる場合に応じて、いずれかの欄に○を記入する。

※ 3 : 都度払いの場合、1回あたりの金額など、単位を明確にして記入する。